



## Detalles para New Jersey Board of Public Utilities (NJ BPU) Payment Assistance for Gas and Electric (PAGE) Program

El programa de New Jersey Board of Public Utilities (NJ BPU) Payment Assistance for Gas and Electric (PAGE) administrado por New Jersey SHARES (NJ SHARES), propociona subenciones de asistencia de energía (gas y electricidad) a hogares con ingresos calificados que experimentan una crisis financiera temporal. Hogares que tienen ingresos iguales o inferiores al ingreso medio estatal (SMI) las pautas pueden recibir hasta \$700 por la fuente de calefacción (gas natural, incluido el gas para cocinar y la calefacción eléctrica) y/o hasta \$700 por servicio eléctrico una vez por año calendario. Las subvenciones se utilizarán únicamente para el consumo de energía, no para depósitos, tarifas de reconexión, reparaciones, etc. Todos los pagos de subvenciones se emiten directamente a la compañía de servicios públicos en nombre del cliente y ningún cliente recibirá un saldo acreedor.

Las subvenciones del programa PAGE están disponibles para los clientes de Nueva Jersey de las siguientes empresas de servicios públicos: Atlantic City Electric, Elizabethtown Gas, JCP&L, New Jersey Natural Gas, PSE&G, Rockland Electric y South Jersey Gas. Los clientes deben tener una cuenta residencial activa y residir en la dirección de servicio que figura en la factura de servicios públicos. El cliente debe estar "en riesgo" de terminación del servicio, como recibir un aviso por escrito de atrasos, un aviso de corte o haber sido cortado.

Un hogar puede solicitar a través de NJ SHARES múltiples programas de asistencia energética al mismo tiempo (excepto Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) y/o Universal Service Fund (USF)) si se cumplen todos los requisitos de cada programa. Consulte la tabla de ingresos a continuación para determinar para qué programa (s) puede ser elegible el hogar. **Si el ingreso mensual bruto del hogar es igual o inferior a las pautas de LIHEAP/USF que se muestran en esta tabla, el hogar debe solicitar y recibir primero una carta de determinación para esos programas. Para solicitar LIHEAP y/o USF, por favor vaya a [www.energyassistance.nj.gov](http://www.energyassistance.nj.gov) o llame al 800-510-3102.**

Además, un hogar puede solicitar asistencia de agua y vivienda a través de NJ SHARES al mismo tiempo, si es necesario. Los detalles de estos programas se pueden obtener llamando al 866-657-4273 o visitando [www.njshares.org/programs](http://www.njshares.org/programs).

Límites de ingresos mensuales brutos (máximo por tamaño de hogar)								
Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7	8
LIHEAP y USF	\$3,676	\$4,807	\$5,938	\$7,069	\$8,200	\$9,331	\$9,543	\$9,755
NJ SHARES Energy Assistance	\$4,860	\$6,573	\$8,287	\$10,000	\$11,713	\$13,427	\$15,140	\$16,853
PAGE & NJ SHARES SMART Utility Assistance	\$6,127	\$8,012	\$9,897	\$11,782	\$13,667	\$15,552	\$15,906	\$16,259

## **Documentación Requerida**

NJ SHARES debe recibir estos documentos requeridos dentro de los **diez días hábiles** posteriores a la fecha de solicitud.

### **Asistencia Recibida**

Si un hogar ha recibido asistencia de cualquiera de los programas enumerados en la página 2 de la solicitud, puede proporcionar la carta de beneficio/determinación del año en curso en lugar de proporcionar los ingresos y la identificación del hogar.

### **Identificación personal del solicitante y de todos los miembros del hogar (aplicable solo si no se ha recibido ninguna otra asistencia).**

Cualquier identificación vigente emitida por el gobierno para el solicitante y todos los miembros del hogar.

### **Información de ingresos (Aplicable solo si no se ha recibido ninguna otra asistencia).**

Comprobante de las últimas cuatro semanas consecutivas de ingresos a partir de la fecha de la solicitud para todos los miembros del hogar de 18+ años. Cualquier miembro del hogar de 18+ años sin ingresos debe figurar en el formulario de Afirmación de Cero Ingresos. El comprobante de ingresos incluye:

<b>Recibos de sueldo</b> Si no se pueden presentar los talones de <b>pago</b> : Una carta firmada y fechada por el empleador que verifique el pago en efectivo y el ingreso mensual bruto total.	<b>Autónomo</b> : Carta confirmando el ingreso bruto total durante 30 días consecutivos.	<b>Desempleo</b> : Carta de determinación junto con comprobante de recepción de los últimos 30 días de beneficio por desempleo.
<b>Ingresos por alquiler</b> : Recibo actual de arrendamiento y pago de alquiler.	<b>Ingresos del Seguro Social</b> : Carta de adjudicación para el año en curso.	<b>Ingresos por pensiones</b> : El cheque o carta más reciente que verifique la recepción de beneficios de por vida.
<b>Compensación de Trabajadores</b> : Estados de cuenta bancarios actuales que muestren depósitos directos identificados con el nombre y la dirección del destinatario.	<b>Pensión alimenticia y/o manutención de los hijos</b> : Comprobante de pago y frecuencia.	

### **Pago de buena fe**

Dependiendo del tamaño del hogar, los ingresos y la recepción de ciertos programas de asistencia, es posible que se requiera un pago de buena fe de \$25 dentro de los 90 días anteriores a la fecha de solicitud.

### **Equipos médicos**

Si alguien en el hogar tiene una afección médica y depende de equipos médicos eléctricos, proporcione una nota del proveedor médico o confirme que esta nota esté archivada en la compañía de servicios públicos.

### **Factura más reciente del proveedor de energía**

Proporcione la factura más reciente en su totalidad. Esta información se verifica con el proveedor de energía designado.

Envíe la solicitud completa y firmada junto con toda la documentación requerida a NJ SHARES antes de:

- Correo: 4 Walter E. Foran Blvd., Suite 105, Flemington, NJ 08822
- Fax: 609-883-6364
- Correo electrónico: [info@njshares.org](mailto:info@njshares.org)

## SOLICITUD DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

### INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Primer nombre	Apellido	Correo electrónico
---------------	----------	--------------------

Fecha de nacimiento

### INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE CORREO

Dirección	Apartamento / Unidad # / Piso (si aplica)
-----------	---

Ciudad	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

### INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL SERVICIO

Marque aquí si la dirección del servicio es la misma que la dirección postal anterior. Si son iguales, no llene los espacios en blanco a continuación.

Dirección	Apartamento / Unidad # / Piso (si aplica)
-----------	---

Ciudad	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

### DEMOGRAFIA INFORMACIÓN DEL JEFE DE HOGAR

¿Es el solicitante el jefe de familia? (Esta es la persona responsable de las facturas del hogar)  Sí  No

Estado civil del jefe de familia  Casado(a)  Soltero(a)  Separado(a) / Divorciado(a)  Viuda / Viudo

Edad del jefe de hogar  18-49  50-59  60+

¿Es el jefe de familia un veterano de los Estados Unidos?  Sí  No

Género del jefe de hogar  Masculino  Femenino  Otro  Negarse a contestar

Raza del jefe de hogar  Nativo de Alaska  Indio americano  Asiático  Negro o afroamericano

Raza mixta  Nativo hawaiano  Otro isleño del pacífico  Blanco  Negarse a contestar

Jefe de hogar origen étnico  Hispano o latino  No hispano o latino  Otro  Negarse a contestar

Jefe de hogar otras características  Ninguno  Padre/Madre soltero(a)  Abuelo con niño  
 Viudo / viuda  Otro \_\_\_\_\_

**DEMOGRAFÍA**

**INFORMACIÓN DEL APLICANTE (Complete solo si el solicitante no es jefe de familia)**

- Estado civil del solicitante**  Casado(a)  Soltero(a)  Separado(a)/Divorciado(a)
- Edad del solicitante**  18-49  50-59  60+
- ¿Es el solicitante un veterano de los Estados Unidos?**  Sí  No
- Viuda / Viudo Genero del solicitante**  Masculino  Femenino  Otro  Negarse a contestar **Raza del solicitante**
- Nativo de Alaska Indio americano  Asiático  Negro o afroamericano  Raza mixta  Nativo hawaiano
- Otro isleño del pacífico  Blanco  Negarse a contestar
- Etnia del solicitante**  Hispano o latino  No hispano o latino  Otro  Negarse a contestar
- Solicitante otras características**  Ninguno  Padre/Madre  Abuelo con niño  Viuda / Viudo soltero(a)
- Otro \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE RESIDENCIA**

- Solicitante de 65+  El solicitante recibe SSD  Alquilar  Dueño
- ¿Alguien en el hogar ha solicitado el desempleo o la incapacidad temporal?**  Sí  No
- ¿Alguien en el hogar tiene una afección médica y depende de equipos médicos eléctricos?**  Sí  No
- ¿Cuánto tiempo ha vivido en su residencia actual?** \_\_\_\_\_
- ¿Cómo se calienta la residencia?** Gas  Eléctrico  Petróleo  Propano  Otro **Número de personas que viven en el hogar (por edad)**
- 0-6 Años \_\_\_\_\_ 7-17 Años \_\_\_\_\_ 18-49 Años \_\_\_\_\_ 50-59 Años \_\_\_\_\_ 60+ Años \_\_\_\_\_

**ASISTENCIA RECIBIDA**

- ¿Alguien en el hogar ha recibido asistencia durante el año en curso?**  Sí  No
- En caso afirmativo, seleccione toda la asistencia recibida de los programas que se enumeran a continuación y omita la sección Información de ingresos.**
- Si la respuesta es No, omita esta sección y complete la sección Información de ingresos para el hogar.**
- Affordable Connectivity Program (ACP)  AQUA Aid Grant  Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- Lifeline  Medicaid  New Jersey American Water H2O Program  NJ SHARES Energy Assistance Grant
- NJ SMART (Housing)  NJ SMART Utility Assistance Program  Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
- Supplemental Security Income (SSI)  Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
- Universal Service Fund (USF)  Veteran’s Pension  Veteran’s Survivor’s Pension

**INFORMACION DE INGRESOS**

**Total de adultos (18+ años) en el hogar** \_\_\_\_\_ **¿Cuántos adultos tienen ingresos en el hogar?** \_\_\_\_\_

**Número de adultos que no tienen ingresos** \_\_\_\_ **(Complete el formulario en la última página para adultos sin ingresos).**

**Origen de ingresos**  Empleo  Pensión  Seguro Social con Medicare  Seguro Social sin Medicare  
 Deshabilitate  Desempleo  Manutención de los hijos  Ingresos por alquiler  Otro \_\_\_\_\_

**Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #1)**

Semanal – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 4: \$ \_\_\_\_\_  
 Cada dos semanas – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_  
 Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_  
 Mensual – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_

**Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #2, si necesario)**

Semanal – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 4: \$ \_\_\_\_\_  
 Cada dos semanas – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_  
 Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_  
 Mensual – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_

**Si los miembros adicionales del hogar tienen ingresos, utilice la última página de la solicitud.**

**INFORMACIÓN VARIADA**

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_  Teléfono móvil  Casa

**Número de teléfono adicional** \_\_\_\_\_  Teléfono móvil  Casa




















**¿Por qué necesita ayuda?**  Salud médica  Desempleados  Horas reducidas / Cambio de empleo  
 Otro \_\_\_\_\_

**Lenguaje primario** (si no es inglés) \_\_\_\_\_

**¿Cómo se enteró de NJ SHARES?**  Remisión de la empresa de servicios públicos  Organización de la comunidad  Amigo  
 Funcionario electo  NJS Outreach  Otro \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE UTILIDAD**

¿Qué tipo de asistencia solicita? Seleccione todas las que correspondan

ENERGÍA				AGUA							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Servicio Municipal de Agua _____ <input type="checkbox"/> Servicio de alcantarillado municipal _____					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									
Número de cuenta de servicios públicos		Número de cuenta de servicios públicos		Número de cuenta de servicios públicos		Número de cuenta de servicios públicos					
Balance de servicios públicos		Balance de servicios públicos		Balance de servicios públicos		Balance de servicios públicos					
Fecha y monto del último pago		Fecha y monto del último pago		Fecha y monto del último pago		Fecha y monto del último pago					
Fecha de cierre (si corresponde)		Fecha de cierre (si corresponde)		Fecha de cierre (si corresponde)		Fecha de cierre (si corresponde)					

Si Atlantic City Electric fue seleccionada, por favor responda las siguientes preguntas:

- ¿Ha tenido una evaluación por parte de Atlantic City Electric o Contract Callers, Inc. (CCI) para reemplazar su medidor?  
 Sí  No (Puede comunicarse con CCI al 866-370-2545 para programar una evaluación, si no se ha realizado una.)
- En caso afirmativo, ¿tiene un código de invitación?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ingrese el código aquí: \_\_\_\_\_

**LA PRESENTACIÓN DE UNA SOLICITUD NO GARANTIZA LA ASISTENCIA. INCLUSO SI SE PROPORCIONA ASISTENCIA, ES MUY IMPORTANTE QUE SIGA HACIENDO PAGOS.**

**VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN / DIVULGACIÓN DE PRIVACIDAD**

Al firmar, certifico que la información proporcionada y adjunta a esta solicitud es verdadera, completa y correcta. Soy consciente y entiendo que si cualquier información contenida o adjunta a esta solicitud es deliberadamente falsa, estoy sujeto a enjuiciamiento penal. Entiendo que debo proporcionar la documentación requerida y cualquier documentación adicional solicitada dentro de los 10 días hábiles para continuar con el proceso de solicitud. Por la presente, autorizo a mi(s) proveedor(es) de servicios públicos a divulgar la información de mi cuenta de cliente, incluido el uso, el historial de pagos y la participación en otros programas de subvenciones de servicios públicos a NJ SHARES con el fin de procesar mi solicitud de NJ SHARES y monitorear el progreso de mi(s) cuenta(s) de servicios públicos. Entiendo que la información de esta solicitud puede compartirse para garantizar el acceso a todos los programas de asistencia para los que puedo ser elegible. Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que la subvención de NJ SHARES se acredite en mi(s) cuenta(s).

**Firma del solicitante**

**Fecha**

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA		
Fecha	Nombre del agente / representante	Nombre y ubicación de la agencia

**Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #3, si necesario)**

- Semanal – Cantidad 1: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 4: \$\_\_\_\_\_
- Cada dos semanas – Cantidad 1: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$\_\_\_\_\_
- Dos veces al mes – Cantidad 1: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$\_\_\_\_\_
- Mensual – Cantidad 1: \$\_\_\_\_\_

**Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #4, si necesario)**

- Semanal – Cantidad 1: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 4: \$\_\_\_\_\_
- Cada dos semanas – Cantidad 1: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$\_\_\_\_\_
- Dos veces al mes – Cantidad 1: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$\_\_\_\_\_
- Mensual – Cantidad 1: \$\_\_\_\_\_

**Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #5, si necesario)**

- Semanal – Cantidad 1: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 4: \$\_\_\_\_\_
- Cada dos semanas – Cantidad 1: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$\_\_\_\_\_
- Dos veces al mes – Cantidad 1: \$\_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$\_\_\_\_\_
- Mensual – Cantidad 1: \$\_\_\_\_\_

## Afirmación de Cero Ingresos

Esta página debe ser completada y firmada por el solicitante cuando haya miembros adultos del hogar sin ingresos.

Afirmo que los siguientes miembros adultos del hogar tienen cero ingresos y no contribuyen a los gastos de mi hogar:

Imprimir Nombre	Imprimir Apellido

Imprimir Nombre	Imprimir Apellido

Imprimir Nombre	Imprimir Apellido

Imprimir Nombre	Imprimir Apellido

Imprimir Nombre	Imprimir Apellido

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_